NOTICE

SUR LES

TITRES SCIENTIFIQUES

DE

C. LYOT

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES

Externe des hôpitaux de Paris, 1882.

Interne des hôpitaux, 1885.

Aide d'anatomie à la Faculté, 1887.

Docteur en médecine, 1890.

Lauréat de la Faculté (médaille d'argent), 1890.

Chef de clinique, 1891.

Membre de la Société anatomique, 1888.

Membre de la Société clinique, 1889.

Chirurgien des hôpitaux, 1896.

ENSEIGNEMENT

I. — Démonstrations aux élèves comme aide d'anatomie.

II. — Cours de séméiologie chirurgicale à l'hôpital Necker, 1891-1892.
Démonstrations au lit des malades.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Épithélioma colloïde du cæcum. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 62.

J'ai démontré sur des coupes histologiques personnelles qu'il s'agissait d'un véritable épithélioma développé aux dépens des cellules cylindriques de l'intestin.

Épithélioma kystique du sein. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886.

Il s'agit d'un fait rare de kyste du sein volumineux, chez l'homme, à contenu séreux et renfermant des végétations dendritiques. L'observation est accompagnée d'un examen histologique personnel.

Lipome intra-musculaire. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887. Étude clinique et histologique.

Kyste du sein. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887.

Tuberculose cutanée (en collaboration avec M. Gautier). *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 227.

Il s'agit d'une plaque de tuberculose cutanée à forme verruqueuse, développée autour d'une fistule ostéopathique. Sur les coupe que j'ai pratiquées on constate la présence de nombreuses cellules géantes.

Kyste du ligament large accompagné d'une salpingite ancienne ouverte dans le rectum. *Bull. de la Soc. anat.*, 1889, p. 83.

Malformation congénitale de l'intestin (atrésie et absence de torsion). *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 634.

Traitement des prolapsus du rectum. (Th. de doctorat.)

Dans ce travail, qui passe en revue tous les moyens de traitement applicables aux prolapsus du rectum, nous avons eu soin de mettre à part au point de vue pronostic et thérapeutique les prolapsus muqueux. Quant aux prolapsus complets, déterminés par le renversement de toutes les tuniques de l'intestin (prolapsus rectal proprement dit et recto-colique), nous les étudions sous les chapitres suivants :

1° Moyens palliatifs ;
2° Opérations s'adressant à l'anus ;
3° Opérations s'adressant au rectum ;
4° Procédés d'ablation ;
5° Procédés de fixation.

Nous précisons ce que l'on peut attendre de chacune de ces méthodes et nous formulons les indications thérapeutiques de la façon suivante :

« Nous ne revenons pas sur le traitement du prolapsus muqueux, la question est jugée. Quant au prolapsus complet, nous ne saurions conclure à une seule méthode applicable dans tous les cas, et sans aller jusqu'à dire avec Treves qu'il est inutile de traiter chirurgicalement les prolapsus lorsqu'ils ne causent pas de gêne, il serait irrationnel d'appliquer aux formes légères de l'affection une opération compliquée, alors qu'elles peuvent être guéries par des moyens plus simples.

Mais, ce n'est pas dans la gravité des prolapsus qu'il faut chercher les indications, tous sont graves, puisqu'ils n'ont aucune tendance à rétrocéder et s'accroissent avec le temps. Selon l'état du sphincter et de l'intestin, selon que le prolapsus sera récent ou ancien, irréductible, enflammé ou étranglé, nous aurons à poser des indications spéciales, et si l'on nous permet une division très schématique des prolapsus du rectum, nous distinguerons :

1° Les prolapsus de petit volume, récents, ne sortant qu'au moment de la défécation et des violents efforts, réductibles quelquefois avec peine non par suite d'altérations de l'intestin ou d'adhérences, mais plutôt par la constriction du sphincter qui a conservé à peu près son intégrité de même que le périnée. Quelquefois, il y a étranglement vrai. Ce sont, en général, les prolapsus des jeunes gens ou des adultes.

2° Les prolapsus anciens sortant au moindre effort, ou même seulement quand le malade est debout, facilement réductibles, résultant d'un relâchement de tout l'appareil fibro-musculaire du bassin, périnée insuffisant, sphincter dilaté largement. En général, vieillards cachectiques, femmes épuisées par de nombreuses grossesses.

3° Les prolapsus anciens, constamment au dehors, irréductibles, ayant subi des poussées inflammatoires fréquentes, accompagnées de fièvre, d'hémorrhagies. L'intestin est épaissi, ulcéré, il peut être le sujet de rétrécissements ou de dégénérescence néoplasique. Le sphincter est toujours dilaté.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un prolapsus récemment sorti, s'étant constitué tout d'un coup pour ainsi dire nettement consécutif à des accidents intestinaux, comme la dysenterie ou l'entérite chez les enfants, lorsque le périnée sera encore résistant, le sphincter contractile, il sera possible d'obtenir la réduction et le traitement assidu des accidents intestinaux préviendra le retour de l'affection. Que si le prolapsus réapparaissait, on pourrait en venir à bout par une application de raies de feu au thermocautère. Ce procédé est le plus simple et le plus efficace ; pour les prolapsus de volume moyen, il peut être avantageux et doit du moins toujours être tenté avant la résection ou la colopexie. S'il y a coexistence d'hémorrhoïdes, il donne les meilleurs résultats.

Lorsque le prolapsus s'est étranglé avec intensité, s'accompagne d'accidents généraux graves, l'indication d'intervenir immédiatement s'impose. On tentera d'abord la réduction sous le chloroforme, mais avec le plus grand ménagement ; des accidents ont été observés tels que la rupture du prolapsus (Obs. I). On a conseillé de faciliter la réduction par un débridement au bistouri : ce

moyen pourrait être employé lorsque l'orifice anal paraît être un agent d'etranglement, mais le chloroforme y supplée le plus souvent. Si la réduction est impossible, une seule méthode s'impose immédiatement, c'est la résection. Mikulicz l'a mise en pratique dana 7 cas avec succès. Dans le cas où les accidents généraux ne constituent pas un danger menaçant, on pourrait attendre la disparition de ceux-ci par le repos, les bains, l'antisepsie de la région. L'opération sera faite plus tard dans de meilleurs conditions, et même alors on pourrait encore ohtenir la réduction, au dire d'Allingham et de Smith.

Il est encore des indications absolues à la résection: les prolapsus anciens sont souvent accompagnés de modifications prononcées dans un rectum qui reste constamment au dehors, les couches sous-muqueuses et sous-péritonéales sont épaissies, infiltrées, les fibres musculaires atrophiées. Les deux cylindres ont adhéré l'un à l'autre par des poussées inflammatoires répétées. Souvent aussi, au niveau de l'orifice terminal du prolapsus, la muqueuse ulcérée à plusieurs reprises a fait place à un anneau de rétrécissement cicatriciel. Là encore nous trouvons une indication à la résection. Il en sera de même si un néoplasme a fait du prolapsus son lieu d'élection, si des manœuvres de réduction ont déchiré les tuniques du rectum (1).

Quant au choix du procédé, celui de Mikulicz nous paraît avoir un seul avantage, c'est de tenir compte de la possibilité d'une

(1) Nous venons de parler des prolapsus compliqués de rétrécissement comme constituant une indication de l'extirpation. Cette opinion s'applique à des rétrécissements inodulaires anciens, ayant altéré l'intestin dans une notable étendue en surface comme en profondeur. Il n'en serait pas de même dans le cas de rétrécissement congénital des enfants accompagné de prolapsus. Boeckel rapporte 3 observations de rétrécissement congénital de l'extrémité supérieure du rectum complètement prolabé, qu'il a traité de la manière suivante, après avoir employé en vain d'autres moyens. Après réduction il maintient dans l'anus, à l'aide de bretelles, un pessaire en argent de 7 cent. de longueur, à extrémité olivaire et percé d'un canal. Le rétrécissement, bien que placé plus haut, viendrait de lui-même sous l'influence des efforts se dilater sur la canule. Les 3 cas de prolapsus qu'il a traités par ce moyen, longs l'un de 4 cent., l'autre de 7 et le 3e de 8 terminés par un rétrécissement très étroit, ont guéri entièrement en moins de 15 jours.

hédrocèle. Il faudra donc rechercher avec soin les signes de celle-ci : incurvation de la tumeur dont l'orifice se dirige tout à fait en arrière, réductibilité partielle avec gargouillement. Pour peu que l'on ait à soupçonner l'existence de cette complication, on devra employer le procédé de Mikulicz. Dans les autres conditions, la résection avec les pinces, comme nous l'avons décrite, est d'une simplicité avantageuse. Il faut dire cependant que malgré ses apparences de procédé radical, la résection ne met pas absolument à l'abri de la récidive.

Que si on se trouve en présence d'un de ces prolapsus manifestement dus à un affaiblissement de tous les liens suspenseurs pelviens, prolapsus associés au prolapsus utérin, cystocèle, incontinence d'urine, faiblesse des anneaux, périnée atrophié et impuissant, que si le prolapsus est parfaitement réductible bien que se reproduisant aussitôt, si les phénomènes de ténesme, de rectite sont particulièrement accentués, c'est alors que l'opération de M. Jeannel mérite, à notre avis, le choix du chirurgien. Elle sera la seule ressource dans les cas de prolapsus récidivé après la résection. Il est encore une circonstance dans laquelle la colopexie avec anus iliaque pourrait trouver ses indications ; en présence d'un prolapsus volumineux, récemment étranglé, irréductible, s'accompagnant d'accidents généraux graves d'obstruction, dépression, collapsus, l'indication immédiate ne serait-elle pas de faire un anus iliaque, au lieu d'entreprendre une opération plus laborieuse et plus fatigante pour le malade comme le serait la résection ? Le prolapsus resterait au dehors, pourrait se sphacéler en partie et on interviendrait plus tard par la résection. On aurait du moins, avec un trauma minimum, satisfait à l'indication la plus urgente.

L'avenir dira ce que vaut la colopexie simple, mais ne voit-on pas déjà qu'elle pourra peut-être trouver sa place en même temps qu'une hystéropexie, les deux affections, prolapsus utérin et prolapsus rectal, coïncidant assez souvent.

Quant aux opérations sur l'anus, nous ne pensons pas qu'elles doivent être appliquées seules au traitement d'un prolapsus, à moins qu'il soit de petit volume. Mais elles peuvent dans certains cas être employées comme une opération complémentaire utile.

Lorsqu'on aura constaté un élargissement excessif de l'orifice anal, il sera prudent de ne pas s'exposer à voir cette lésion secondaire devenir à son tour cause première d'une récidive. Il est certain que la dilatation de l'anus constitue une porte ouverte par laquelle la pression abdominale tend constamment non seulement à chasser l'intestin, mais à congestionner les ramifications de la veine porte et par suite l'extrémité inférieure du rectum.

Nous pensons donc qu'il est nécessaire dans ces cas, sinon le même jour, du moins peu de temps après, d'achever le traitement par une restauration de l'anus. Ainsi a-t-on fortement conseillé la périnéorrhaphie comme complément des opérations pour les prolapsus ou les déviations utérines. C'est aussi pendant cette période de convalescence de l'opération principale que les moyens de traitement médicaux comme la strychnine, la médication intestinale trouveront leur place.

CONCLUSIONS

I. — Les méthodes chirurgicales applicables au traitement des prolapsus du rectum reposent sur trois ordres de moyens : le rétrécissement de l'anus et de la partie inférieure du rectum, — la suspension avec fixation de l'intestin, — l'extirpation.

La détermination du chirurgien en faveur de l'une de ces méthodes doit être subordonnée aux conditions anatomiques dans lesquelles se présente le prolapsus.

II. — Les prolapsus muqueux et les prolapsus récents de petit volume doivent être traités par les cautérisations linéaires au thermocautère (rétrécissement de l'intestin) et guérissent généralement par ce moyen.

III. — La résection peut être pratiquée dans tous les cas, mais elle est particulièrement indiquée dans les prolapsus anciens et étranglés, compliqués d'altérations profondes des tuniques, adhérences, rétrécissements, dégénérescence néoplasique.

IV. — La suspension du rectum est indiquée lorsque le prolapsus est facilement réductible et que le périnée a perdu sa résistance. Elle peut être pratiquée sous forme de colopexie simple ou

associée à l'anus contre nature (une seule observation). Elle reste une dernière ressource si la résection a échoué.

V. — Les périnéorrhaphies anales applicables avec succès aux petits prolapsus accompagnés d'élargissement du sphincter ne doivent pas être employées seules contre les prolapsus volumineux, mais elles constituent des opérations complémentaires précieuses qui devront suivre à bref délai l'opération principale.

De la chirurgie du cerveau. *Médecine moderne*, 1890, p. 39.

Ce travail résume les indications de la trépanation dans les traumatismes du crâne, les abcès, les tumeurs ainsi que les tentatives récentes faites contre les affections médicales du cerveau (méningite aiguë, hémorrhagie cérébrale, paralysie générale, etc.).

Rupture du moyen adducteur *Bull. de la Soc. clinique*, 1889, p. 30.

Cette observation répond au type de la rupture musculaire telle que l'a décrite Farabeuf, aussi bien au point de vue de l'étiologie qu'à celui des caractères cliniques.

Invagination iléo-colique déterminée par un polype. *Bull. de la Soc. anatomique*, 1891, p. 401.

Occlusion intestinale par volvulus portant sur l'S iliaque *Bull. de la Soc. anatom.*, 1892.

J'ai fait la laparotomie à ce malade le 4e jour des accidents, remis en place l'anse intestinale qui avait subi un tour complet de rotation. Le malade a guéri.

Publications de différentes leçons cliniques faites par mes maîtres.

Professeur Trélat. — Traitement des rétroflexions mobiles de l'utérus par l'opération d'Alexander. *Clin. chir.*, t. II, p. 696.

Traitement des prolapsus du rectum. *Clin. chir.*, t. II, p. 399.

Professeur Le Dentu. — Des délires post-opératoires. *Méd. moderne*, 1891, n°s 4 et 5.

Des phlegmons de la main et de l'avant-bras. *Méd. moderne*, 1891, n° 38.

Des sarcomes hématiques. *Méd. mod.*, 1891, n° 29.

Professeur Le Dentu, in *Études de clinique chirurgicale* (1892). Leçons rédigées : Luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant compliquées de fracture du corps du cubitus. — De la méningo-encéphalocèle et de son traitement. — Des pseudo-polypes des fosses nasales. — Du traitement de la constriction cicatricielle des mâchoires par la désinsertion du masséter et du ptérygoïdien interne. — Sur un épithélioma kystique du maxillaire inférieur. — Sur un cas de volumineux sarcome alvéolaire de la parotide.

Observations recueillies : Fracture du larynx, du maxillaire inférieur et des deux conduits auditifs externes par coup de pied de cheval. — Luxation en arrière du carpe sur l'avant-bras. — Luxation des quatre derniers métatarsiens avec fracture comminutive du premier. — Carcinome de la glande parotide. — Carcinome développé dans la glande parotide accessoire. — Sarcome hématique de l'extrémité inférieure du tibia avec fracture spontanée. — Trois faits de tumeur maligne du testicule. — Lipome diffus du cou. — Kyste dermoïde de l'épigastre avec les caractères d'un tubercule sous-cutané douloureux. — Coup de feu dans l'oreille, extraction du projectile logé dans le rocher. — Hystéro-traumatisme ; parésie des quatre membres. Aphasie hystéro-traumatique. Fracture de la colonne vertébrale. — Étranglement interne par bride. — Occlusion intestinale chronique. Anus artificiel. Rétablissement du cours des matières et guérison spontanée de l'anus arti-

ficiel. — Occlusion intestinale dans un sac herniaire volumineux déterminée par la corde mésentérique comprimant l'intestin sur le bord de l'anneau. — Accidents d'occlusion intestinale déterminés par une typhlite ulcéreuse compliquée de cellulite sous-péritonéale. — Hernie inguinale congénitale de l'appendice vermiculaire avec étranglement du testicule et hématocèle testiculaire chez un enfant de quatre mois. — Deux faits de hernie enkystée de la tunique vaginale. — Hydrocèle diverticulaire simulant une hydrocèle funiculo-vaginale.

Collaboration au **Traité de Chirurgie clinique et opératoire** de LE DENTU et PIERRE DELBET.

T. I (1896). Gangrènes. — Ulcères. — Fistules. — Cicatrices. — Charbon des animaux. Pustule maligne. — Farcin et morve.

T. III (1896). Maladies des muscles. — Maladies des tendons. — Maladies des synoviales tendineuses. — Maladies des bourses séreuses.

T. VI (1898). Maladies du corps thyroïde.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE